



TITLE:

臨牀滙纂

AUTHOR(S):

CITATION:

臨牀滙纂. 日本外科宝函 1933, 10(4): 962-973

ISSUE DATE:

1933-07-20

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/203344>

RIGHT:

臨 牀 匯 纂

京都外科集談會演說 昭和8年4月例會

京都外科集談會4月例會ハ昭和8年4月20日午後6時ヨリ京都帝大樂友會館ニテ開催シ、次ノ如キ講演ガアツタ。(幹事 有原康次)

1. 甚々惡性ナル胃癌ノ1例

武 島 忠 義

患者 絹○佐○○ 教員 45歳。

本患者ハ胃癌ノ診斷ノ下ニ本年2月21日ニ開腹手術ヲウケタ。ソノ際ノ所見及ビ經過ハ次ノ如クデアツタ。

上腹部正中線エテ開腹、腹膜ニハ變化ナク腹水ヲ證明シナイ。胃腫瘍ハ幽門環ヨリ約2横指離レ、小彎側ニテ前後壁ニ跨ル彈性鞏ノ凹凸アル雞卵大ノモノデ、胃ハ腫瘍ト共ニ引出シ得ル。幽門ノ下部ニ數ヶノ彈性鞏ノ淋巴腺腫脹ガアル。移動性デ癒着ハナイ。脾臓ノ頭部ノ近クマデ及ンデキルガ脾臓自體ニハ變化ヲ認メヌ。又小網ニモ1ヶノ彈性鞏、鳩卵大ノ淋巴腺腫脹ガアル。腸間膜ト腫瘍トハ癒着ハナイ。大網ニハ處々ニ瘢痕性ノ萎縮ヲ認メル。腫瘍ヲ切除シ十二指腸モ比較的移動シ易キタメ Billroth I 式ニテ吻合シ腹腔ヲ3層ニ閉ヂタ。術後ノ經過ハ順調、第1期癒合ヲ營ミ、第2週目ニ退院シタ。其際腹部ニハ腫瘍ハ勿論フレズ、蠕動不安、壓痛、腹水等ナク、食慾モ相當ヨク、嘔吐ハ1回モナカツタ。吻合部ノ通過ハ非常ニヨイ。

然ルニ退院後10日頃カラ膀胱部ニ疼痛ヲ生ジ放尿ガ困難トナリ、尿道ニモ疼痛ヲ訴ヘ尿量モ減ツタ。2週間目頃カラ腹部ニ膨滿感ヲ生ジ食慾モヘツタ。惡心嘔吐ハナイ。腹部ガ次第ニ膨隆シテクル爲再ビ Klinik ニ來タ。此ノ時ノ一般狀態ハ可ナリ惡ク、營養ハ衰ヘ、顔面蒼白、足背ニ輕度ノ浮腫ヲ認メタ。呼吸脈搏ハ尙尋常。腹部ハ一様ニ膨隆緊滿シ、膨隆ノ度ハ下部ニ強イ。蠕動不安ハ認メナイ、腹水明瞭、腹壁ノ處々ニ壓痛ガアル。腸雜音ハ弱ク時々金屬性音ヲ聽ク。

癌再發ノ診斷ノ下ニ4月10日(第1回手術ヨリ約50日目)再手術ヲ行ツタ。ソノ所見ハ次ノ如クデアル。

下腹部正中線切開、コノ部ノ腹膜ハ肥厚、脆弱デアル、鑷子ノ尖デ突ケバ透明黃色ノ腹水ガ迸出、次第ニ血色ヲオビ、約3立。小腸ハ輕ク擴張シ漿膜面ハ稍々暗赤色、浮腫狀且ソノ表面ニ纖維索性ノ苔附着、相互ノ腸管ハ或ハ粗ニ或ハ密ニ癒着シテ居ル。臍ノ上方ニ於テ腹壁ニ癒着セル腸管ガアル。之ハ硬ク觸レル。下腹部ニ於テハ腸ハ體腔腹膜トハ癒着シテオラスガ後腹部及ビ腸間膜ノ淋巴腺ハ1個ノ手拳大ノ腫瘤ト化シテ廻盲部ニ枝ヲ延バシ、

爲ニ腸間膜ハ萎縮シ腸管ヲ創外ヘ引出シ得ヌ。腹膜ハ全體ニ亘ツテ肥厚シ、膀胱部ヲ中心トシ骨盤腔ソノ他ニ癌腫様潰瘍ガアル。前腹壁ニ行クニ從ツテ、ソノ状態ハ輕クナル。腸管表面ニハカ、ル潰瘍性ノモノハ認メナイ。(一見結核性腹膜炎ニ似テキル。)正中線上ノ腹膜ノ一部ヲ試験切片トシテトリ腹腔ヲ閉ヅ。之ヨリ考フルニ、

1) 後腹膜淋巴腺ガ癌腫様再發ヲ起シタ。ソノ淋巴腺ノ上方ニ向フ淋巴系統ハ第1回手術ノ淋巴腺掃除ノタメ切斷サレテキルタメ淋巴腺ノ癌再發ガ上方ニ向ハズ淋巴系統ヲ逆ニ下方ヘ擴ガリ廻盲部ニマデ及ンダ。

2) 更ニ其處ヨリ淋巴腺系統ヲ逆行シ體壁腹膜ニ癌變化ヲ起シタ。ソノ證據ハ、骨盤腔及ビ膀胱部ノ腹膜ニ變化ガ最大デ、前方ニ向フニ從ツテ變化ハ少ク、正中線デハ腹膜ノ内皮細胞ニハ變化ナク、其ノ下ニ樹枝狀ニ丁度淋巴間隙ニ一致シテ癌變化ガアルカラデアル。腸壁ニ癌變化ガナイカラ播種デハナイ。浮腫ハ腸間膜根部ノ淋巴腺腫脹ニヨリ淋巴液ノ鬱積ヲ起セルガタメト理解スル。肉腫ナラズシテ、癌デ早期ニ斯ル甚シキ再發ハ稀デアル。

2. 高位腸狭窄ノ1例

姫 井 淑

患者 成○泰○ 43歳 男 昭和8年2月28日入院。

主訴 下腹部ノ鈍痛。

遺傳的關係ニハ特別ナコトナシ。

既往歴 約20年前胃病ニ罹ツタガ當時腹痛、惡心、嘔吐、熱發ハナカッタ。コノ他ニ著患ヲ知ラナイ。

現病歴 1昨年1月頃カラ何等誘因ト考ヘラレルモノナクテ下腹部ニ激痛ヲ來シタ。但シ惡心、嘔吐、熱發ナク自ラ臍ノ下ニ腫瘤ヲ觸レタト云フ。同年3月頃腹部ニ緊滿感ガアリ臍ノ周圍ニ鈍痛ガアリ臍ノ右上方ニ「グル」音ヲ聞ク事ガ多カッタ。昨年中モ同様ノ苦痛ガ3—4回アツタ。

本年1月ニナリ食後ニ腹部全體ニ鈍痛ガアリ臍ノ右ニ「グル」音が甚シク2月初旬カラハ疼痛ハナイガ臍ノ右下カラ上部ニ向ヒ物が動く感ガアルト云フ。惡心、嘔吐ハ依然トシテ1回モナイ。

發病以來咳嗽、喀痰ナク、便通ハ1日1行、食思良好。

現症 一般状態ニハ特記スル事ハナイ。腹部ヲ診ルト一般ニ膨隆陷沒ノ狀ナク又局限性ノ膨隆モ證明シナイ。時々臍ノ右ヨリ上部ニ向ヒ蠕動不穩ヲ認ム。觸診ニヨリ溫度上昇ナク臍ノ上部ニ抵抗ヲ感ジコノ部ニ輕イ壓痛アリ、他ニ腫瘤、抵抗、壓痛點ナク時々臍ノ右上部ニ水振音ヲ證明スル。肝、脾、腎ヲ觸レナイ。腹水ヲ證明シナイ。

胃液検査 十二指腸液ノ逆流ノ爲カ淡綠色ヲ呈シ總酸度ハ低イ。

X線検査 胃ガ少シ下垂シ十二指腸ハ擴張シ蠕動運動強ク、十二指腸下部又ハ空腸上部

ト考ヘラレル所ニ狭窄ノ狀ガアル。〔バリウム〕ハ蠕動ト共ニ少シジ、下降スル。

臍ノ右上部ノ水振音、壓痛點アルコト及ビレントゲン像カラ恐ラク十二指腸狭窄ト考ヘラレタ。病歴カラ慢性ノ狭窄デアルコトハ明デアルガ如何ナル原因カラ來タモノカハ不明デアツタ。

手術(3月4日) 正中線切開デ腹腔ニ入ル、腹壁腹膜ニハ變化ナイ。腹水ナク胃ハ幽門部漿膜ノ充血ノ他變化ナイ。十二指腸ハ上部水平部ガ既ニ膨大シテソノ漿膜ハ充血シテキル。肝臓、膽嚢、脾臓ニハ變化ナイ。横行結腸腸間膜ト小腸腸間膜ト間ニ後腹膜ニ膨大セル十二指腸ヲ認メ横行結腸腸間膜下デトライツ氏帶ヲ求メルニ之ヲ見出し得ナイ。ズツ下デ小腸上部ト思ハレル所ト腸間膜根部トS字狀結腸腸間膜トガ固ク癒着シテ空腸ガコノ部デ絞扼サレテキル。盲腸モ正中線ヲ少シ越ヘコノ部デ癒着シテキル。變化ノナイ蟲様突起ガヨクコノ部ニ見エ他ノ部ノ小腸モ所々デ互ニ或ハ腸間膜ト廣ク癒着シテキル。以上ノ癒着ヲ剝離シテ廻盲辨カラ口側ニ小腸ヲ順次檢スルトコノ固イ癒着ノアツタ所ガ Treitz 氏帶デ、コ、デ後腹膜ノ十二指腸ニ續クヲ知ツタ。剝離ノ際一部後腹膜ヲ十二指腸ヨリ剝離シタノデコレヲ縫合シテ横行結腸前デ胃空腸吻合ヲ行ツテ手術ヲ終ル。

以上ノ如ク Treitz 氏帶ハ下方ニ押下ゲラレ十二指腸ハ延長シテ膨脹シ、空腸ハS字狀結腸腸間膜及ビ腸間膜根部ト癒着シ、盲腸モ之ト癒着シテ空腸ノ始メノ部ヲ絞扼シテ慢性ノ腸狭窄ヲ作ツタノデアルガコノ癒着ハ癒着性デ恐ロシク硬靱ナモノデアツテ結核等ノ特殊性ノモノデハナイ。先天性ノ解剖學的異常ガアツテコレニ炎症ガ加ツタモノカ、腹腔内ノ炎症ノ經過後ニ生ジタ癒着ガカ、ル異常ヲ生ゼシメタカハ不明デアル。患者ハ術後胃液ノ總酸度ハ依然低イガ術前ノ如キ苦痛ハ全ク去ツテ術後19日目ニ退院ス。

3. 或ル臍胸患者ノ話

青 柳 安 誠

(原稿未着)

4. 廻盲部腫瘤ノ診斷ニ就テ

鬼 束 惇 哉

潜伏性炎衝ニ基ク良性腫瘤ト通常ノ惡性腫瘤トノ分別診斷ニ就テ、殊ニ1908年ノ獨逸外科學會以來、即チ1/4世紀モ前カラ先輩諸家ニ依リ注目サレ吟味サレ續ケテ來タガ、今日尙腹部殊ニ廻盲部腫瘤ノ診斷ニ往々苦キ經驗ヲ見ル。

第1例 商人ノ妻 30歳 本年2月27日入院。

現在訴 昨年7月中旬、別ニ誘因無ク惡心ヲ作ヒ心窩部ニ漸次増強スル疼痛ガアツタ。此ノ疼痛ハ10月頃カラ次第ニ廻盲部ニ局限シ以後持續シテキル。所ガ3日前同處ニ發作的激痛ヲ催シ、昨日醫師カラ廻盲部ニ腫瘤アルヲ教ヘラレタ。發病來、檢溫シタ事ハ無イガ熱感カアリ、嘔吐ハセスガ惡心ヲ催シテキル。行廁便秘。但シ食思良好。

現症 體格中等、營養少シク低下。白キ舌苔アリ。胸腔臟器ニ著變ハナイ。局處ヲ見ル

ト、腹壁ハ廻盲部デハ少シ緊張シ、同所ニ鷄卵大ノ腫瘤ガアリ、打診デハ其部ノミ濁音ヲ呈スル。壓痛アリ、殊ニ Mc Burney 氏壓點陽性デアル。Blumberg 氏、Rosenstein 氏及 Rovsing 氏症狀陰性。指診ニテ Douglas 氏腔ニハ壓痛ハナイ。血液像デハ白血球數11200、「エオジン」嗜好細胞4%アル。

診斷 蟲様突起炎症性腫瘍。Anamnesis カラ移動性盲腸症ガアツテ之ニ蟲様突起炎ガ後續シタモノダト考ヘタノデアル。

此ノ見地カラ腫瘍ノ吸收ヲ企テ溫巻法其他ノ處置ノ下ニ約 3週間觀察シタガ一向ニ小サクナラヌ。遂ニ3月20日側腹筋切開デ開腹シタ所、豈計ランヤ、盲腸末端ニ鷄卵大ノ癌腫ガアリ、蟲様突起基部ガ浸潤閉塞シ、爲ニ蟲様突起炎症狀ヲ現シタモノデアツタ。盲腸、上行結腸ヲ横行結腸ノ一部ト共ニ切除シ廻腸結腸吻合ヲ施シタ。52日目ニ全治退院。大ニ興味アル誤診例ダト思フ。更ニ此ノ逆ノ誤診ニ就テ述ベル。

第2例 60歳ノ會社員 昭和6年1月10日入院。

現在訴 約260日前夜半突然腹部一帶ニ約1時間程疼痛ヲ催シタ。其際惡心、嘔吐ハナクツタ。所ガ約90日前稍々過勞ノ後突然前同様ノ痛ヲ催シ、同時ニ最高37.8°Cニ發熱シタ。惡心、嘔吐ハナク、發熱ト腹痛トガ2日續イタノミデ、以後ハ平熱ニ經過シタ。所ガ其ノ際醫師ガ廻盲部ニ腫瘍ノ存在ヲ認メタ。時々腹部一般ニ輕度ノ蠕動機不穩ガアリ、時ニハ雷鳴ヲ聽ク。食思良ク、行廁1日1回。

患者ハ發育榮養良キ偉丈夫デ、局處所見トシテハ、腹部一帶ニ稍々蛙腹的ニ膨滿シ、腹水症候ハ陽性デアル。腹壁ニハ異狀無シ。扨、廻盲部ニ鷄卵大ノ凹凸甚シキ彈性鞏ノ腫瘤ヲ觸レ、下層トハ移動セズ。壓痛ナク、腹壁ヲ緊張サセルト觸レ得ナクナル。肛門内指診ニヨレバ直腸壺腹部ハ強ク擴張シテ居ル。但、其處カラ腫瘍ハ觸レ得ヌ。

診斷 腹水ガアリ、壓痛モナク癌腫ラシイ點ガ多イガ、胸腔臟器ニ全く異狀ガナクテ、而モ發熱ヲ伴ヘル疼痛發作ノアツタ事カラ、蟲様突起炎症性腫瘍ト診斷シ側直腹筋切開ニテ開腹シタノデアル。

手術所見 開腹スルト黃色清澄ナル腹水2立程迸出シタ。大網ノ血管ガ強ク怒張蛇行シ、大網ノ先端ハ廻盲部ニ癒着シテ居ル。盲腸ハ表面凹凸不整、彈性鞏、灰白色、鷄卵大ノ腫瘤ト化シ、基底ヨリ動カズ、之ニ小腸ノ肛門側ガ3個ノ蹄係ヲ作ルヤウニ強ク癒着シテ居ル。Treitz 氏帶ニ相當スル後腹膜腔ニ鷄卵大、彈性鞏ノ腫瘤ヲ觸レ、又腸間膜根部ニ多數ノ大豆大若シクハ夫以上ノ前同様ナル腺腫脹ヲ認メタ。即チ以上ノ所見カラ將ニ癌腫ト判斷シ、尙此際小腸ニモ膨滿ヤ強キ狹窄等無キ爲何ラノ操作ヲモ加ヘズ。全く試験の開腹ニ終ツタ。1期癒合ヲ營ミ、13日目ニ腫瘤ヲ持ツタマニ退院。

所ガ術前蟲様突起炎症性腫瘍ト診斷シ、次ニ開腹術ノ下ニ改メテ癌腫ダト宣言サレタ此ノ

患者ノ腫瘍ハ退院後漸次小サクナリ遂ニ消失シテ、丁度今日デ術後816日目デアルガ、患者ハ全く何等ノ違和モナク元氣ニ業務ニ從事シテ居ル。

此ノ2例ハ次ノ事ヲ肝銘サセタ。即チ

1) 癌腫ガ、屢々デハナイガ、蟲様突起炎ヲ合併スル。ダカラシテ蟲様突起炎ニテ其ノ腫瘍ガ小サクナラス場合、症狀ガ増惡セヌカラトイフテ在昔日ヲ過スノハイケナイ。膿瘍ヲ無理ニ吸収サセルト「イレウス」ノ因ヲ作り易イカラトイフ觀點ノ他ニ、癌腫ヲ分別スルタメノ必要上、或時期ニハ開腹セネバナラナイ。

2) 腫瘍、殊ニ腹部腫瘍ノ診斷ニハ、大家小家ヲ問ハズ、裸手裸眼ノ經驗ノミーハ頼ラズニ、出來得ル限り試験的切片ヲ摘ツテ置ク。第2例ノ如キハ一寸此ノ操作ヲ怠ツテ忽チ試験的開腹モ無駄ノ憂目ヲ見タモノデアル。

京 都 外 科 集 談 會 演 說 昭和8年5月例会

昭和8年5月20日午後7時ヨリ京都帝國大學樂友會館ニテ開催シ、次ノ如キ演說ガアツタ。(幹事 仲田實三郎)

1. 下顎骨上皮性腫瘍

弘 重 充

患者 22歳 農業。

現病歴 昭和2年左下顎部ニ無痛性腫隆ヲ來シ對應部ノ齒齦部ヨリ口腔内ニ黃色液排出セルヲ認メタ。ソノ後1年ニシテ下顎中央部膨隆シ更ニ半年ニシテ左側モ膨隆シ昨年4月頃ヨリ急ニ増大シ外方ヨリ手術ヲ受ケシモ、術創今ニ至ルモ治癒セズ、次第ニソノ部膨隆ス。發病來右下颌列内方ニ傾キ、且浮イタ様ナ Paraesthesia 感アリ。咀嚼不充分ナリ。

局處所見 下顎骨體部小兒頭大ニ膨隆シ、右側下縁ニ fungös ナ肉芽組織様ニ見ユル隆起アリ。コノ表面所々上皮層ニテ覆ハル。皮膚ニ變化ナク皮膚ト腫瘍トハヨク動ク。表面ハ不整、骨様硬度ナルモ中央部ニハ Pergamentknittern ヲ認ム。肉芽組織様隆起ハ粗大隆起性彈力性硬無縮性アリ。齒ハ右第1門齒左第1臼齒全然缺如ス。腫瘍ハ齒槽突起ニ及ビ所々骨ヲ破リ腫瘍ノ飛び出セル所アリ。齒列ハ強固ナリ。顎關節運動ニ障礙ナシ。

以上ヲ綜合シテ新生腫瘍ナルコトハ明カナルモ、然ラバ良性カ惡性カトイフニ屢々再發セルコト、急ニ増大セルコト、腫瘍ノ骨ヲ破リ増殖セルコト、等ハ惡性ノ様ナルモ、治癒セザル手術創ノ表面ニ表皮生成セル事、齒列ノ強固ナルコトハ惡性ト考ヘ難イ點ナリ。

試験的切片ヲ鏡檢スルニ扁平上皮性腫瘍ニシテ非常ニ間質多ク、瘤ト見テモヨイガ普通ノ瘤ノ像ヲ呈セズ。「アダマンチノーム」ト見テモヨイ形デアル。要スルニ上皮性腫瘍ナリ。

而シテ下顎骨ニ上皮性腫瘍發生スル爲ニハ齒ヲ除外スルワケニハユカナイ。本例ニ於テハ初メ左側齒齦部ニ黃色液排出セルコト、同側第1臼齒缺如セルコトヨリ考ヘ、初メハ濾胞

性嚢腫デアリ、ソレヨリ上皮性腫瘍發生セルモノト察セラル。

手術 兩側顎骨角ニ至ル連續切離ヲ行ヒ、直チニ正常顎骨ノ形態ヲ附與セル「セルロイド」板3枚ヲ重ネテ顎骨兩斷端ニ固定ス。術後1ヶ月半ニシテ義顎ヲ除去セシモ顎ノ形態ニ特別ノ變化ヲ認メズ。舌ノ運動、言語ハ次第ニ自由トナル。

2. 蟲様突起周圍膿瘍切開後瘻孔形成ノ1機轉

川 部 英 夫

22歳 男子 商業。

主訴 右側腹部ノ瘻孔及ビ廻盲部ノ鈍痛。

現病歴 本年1月2日蟲様突起周圍膿瘍ノ診斷ノ下ニ、廻盲部及ビ右側腹部ニ切開ヲ受ケ多量ノ排膿ヲ見、更ニ2月3日下腹正中線上ニモ切開ヲ受ケ、少量ノ排膿ヲ見タリ。術後約40日ニシテ一般症狀ハ回復セルモ、側腹部ノ切開創ノミハ瘻孔ヲ貽シテ治癒セズ、常ニ少量ノ濃厚ナル帶緑黃色ノ膿ヲ排出シ、カツ鈍痛アリテ今日ニ及ブ。

現症 瘻孔ハ右側前腋窩線上ニアリ。之ヨリ金屬消息子ヲ入レルニ、後内方ニ約11糎入り、異物ヲ觸レズ、又膿瘍腔ヲモ證明セズ。但シ瘻管壁ハ肥厚シ硬結ヲ示ス。

膿培養 混合感染、主トシテ白色葡萄狀球菌。

レントゲン検査ニ於テ、金屬消息子ノ先端ハ上行結腸ノ略下 1/3 ノ處ニ於テ之ヲ横ギリ約1糎内方ニアリ。腸管腔トノ交通ヲ證明セズ。石松子末ヲ經口的ニ與フルモ瘻管ヨリハ證セラレズ。即瘻管ハ全體ノ腸管トハ交通ナキモノト考ヘザルベカラズ。異物モナク、大ナル空洞モナク、又腸管トモ交通シ居ラストスレバ、此ノ瘻孔ハ如何ニシテ發生シ、何故ニ治セザルヤ。此ノ理由ハ手術所見ニテ明白トナレリ。

手術所見 蟲様突起ハ盲腸部ニハ全ク存在セズ。其ノ根部ノ附着部ト覺シキ處ニ極メテ輕度ノ硬結ヲ觸ルルノミニシテ、表面全ク平滑。盲腸部ヲ上外方ニ持ち上ゲミルニ、蟲様突起ハ上行結腸ノ下約1/3ノ處ニ於テ、上行結腸ノ内側壁ト腸間膜根ト後腹膜トノ3者ニ圍マレ、後腹膜ニ入ル。Nelaton 氏「カテーテル」ヲ瘻孔ヨリ挿入スルニ、其ノ先端ヲ蟲様突起腔内ニ觸ル。即チ瘻孔ハ蟲様突起腔ト交通シ、蟲様突起ハ恰モ殘遺膿腔ノ如キ關係ニアリ。此處ニテ絶エズ細菌ノ増殖ヲ見、又粘膜面ヨリノ分泌モアリテ、爲ニ瘻孔閉鎖不可能ノ理由ヲ理解スル事ヲ得タリ。盲腸後部膿瘍、腹膜後部膿瘍ハ認メズ。蟲様突起ハ小腸間膜結紮切斷ニ際シ、輕度ノ牽引ニ依リ其ノ後腹膜ニ入ル處ヨリ離斷セラレタリ。即チ蟲様突起ハ根部ヨリ自然ニ切斷サレタルモノナリ。瘻孔ハ銳匙ニテ搔爬シ（若シ上皮ノ存在シアルトキハ之ヲ除去セン目的ノ爲ニ）、腸間膜根、上行結腸内後側壁、後腹膜ノ3者ヲ利用シテ腸線ニテ巾着縫合ヲ3重ニ施シ内部瘻孔ヲ閉鎖セリ。

以上ノ所見ヨリ本例ハ蟲様突起炎ニ際シ、其ノ根部ヨリ自然切斷ヲ起シ、腹膜後部膿瘍ヲ形成シ、切開ニ依リテ排膿シ、上記ノ如キ機轉ヲトリシモノナリ。瘻孔ノ治ラヌ原因ヲ

探求シ得タ變ツタ1症例ナリ。

3. 指骨掌骨缺損ノ1例

宇 田 和 雄

生後1ヶ月ノ男兒。成熟兒デ分娩時異狀ヲ有シ無イ。右手ハ腕關節ヨリ缺如シテキル。且ツ其ノ斷端部ニ極メテ注意シテ見ナケレバ指トハ見做サレ難イ5ツノ小隆起ガ認メラレル。X線像ニ於テモ指骨掌骨ハ全ク缺損シテキル。腕關節骨ノ有無ニ就イテハ最も早クX線像ニ現レル頭骨有鈎骨デ生後4ヶ月目デアツテ勿論X線像ニハ未ダ見ラレナイガ、前膊斷端部ニ近ク外反内屈シ得ル運動ガ認メラレルノデ恐クハ存在シテキルモノト考ヘラレル。此ノ患者デ興味アル事ハ一見胎生時中ノ子宮内離斷ヲ思ハセ斯様ナ外因ニ依ルモノデ無ク純然タル畸形デアル點デアル。此ノ事ハ上記ノ極メテ未成ノ指ノ存在スル事及ビ子宮内離斷ニ屢々見ラレル癭痕或ハ皺裂形成ヲ見ナイ事等ヨリ推察サレル。文獻ニハ四肢ノ畸形ニ乏シク無イガ手ニ於テハ多ク指骨或ハ掌骨ノ1部ヲ缺損スルモノニシテ斯様ナ高度ノモノハ例ヲ見ナイ。(兩親ノ希望ニヨリ傷害ニ依ツテ切斷シタヨウニ見セルベク未成指ヲ手術ニヨリ切除シタ。)

4. 初生兒「イレウス」ノ1例ニ就テ

乗 岡 圓 了

患者ハ分娩後3日目ノ女兒デアル。主訴 嘔吐ト無便。

現病歴 10月デ比較的圓滑ニ生レタ。分娩後約24時間ハ睡眠ヲトツタ。覺醒後授乳ヲ試ミタガ哺乳セヌ。漸次腹部ハ膨滿シ頻々トシテ黃色水様物ヲ嘔吐ヲスル。放尿ハ2—3回アツタガ誕生後排便ハ1回モナイ。

現在症 顔面ハ蒼白、無慾狀態デ體溫 36.8°C 、脈搏160、微弱。瞳孔ハ縮小シ光線反應ハ弱イ。口腔ニ黃色ノ氣泡ヲ多分ニ充ス。兔唇ハナイ。胸腔臟器ニハ著明ナル變化ハ認メラレス。腹部ハ一般ニ膨大シ特ニ胃部ハ強く膨出シテキル。蠕動不穩ハ認メヌ。觸診スルニ腹部全般ニ抵抗ガアリ、腫瘤ハ觸レス。打診上全般ニ亘リ鼓音ヲ呈シ、聽診上何處ニモ雷鳴ハ聽取セヌ。以上ノ所見ヨリシテ「イレウス」ナルコト明デアル。

手術 正中切開ニテ開腹、多少濁濁セル無臭ノ液ガ涌出スルト同時ニ、膨滿セル小腸蹄係ガ飛出シ精査スルト、胃ハ強く膨滿シ、小腸ハトライツ氏帶ヨリ約30糎以下ヨリ膨滿シ初メ、80糎ノ部ニ絞扼セラレ、鉛筆大トナリ、更ニ膨大シ第2ノ絞扼部ハトライツ氏帶ヨリ100糎ノ部位ニ存在スル。此ノ2個ノ絞扼部ノ小腸蹄係ハ腸間膜根部ト共ニ約540度軸旋シテ居リ、該部ノ腸間膜及ビ腸管ハ黑褐色ニ變色スル。此ノ軸旋セル約20糎ノ腸管ヲ切除シ側々吻合ヲ行ヒ腹腔ヲ閉鎖シタ。

經過 術後數時間テ腹部膨滿ハ多少減ジタガ時々黃色水様物ヲ吐出シ、12時間後哺乳力ガ發現シタノデ母乳30坳ヲ與ヘタ、約30時間後哺乳力ヲ失ヒ衰弱ノ徴ガ加ハリ、40時間ニシテ甫メテ自然排便ヲミタ。術後48時間ノ只今デハ、腹部膨滿ハ消失シ腹壁ニ抵抗ナク、

引續キ排便モアルガ、タゞ遺憾ナルコトニ哺乳力が現レナイ。

手術時ニ腹腔液ヲ寒天培養シテ大腸菌ヲ純粹ニ證明シタ。本例ハ生後3日ニシテ小腸ノ軸旋ヲ起シ而モ腹腔液ヨリ大腸菌ヲ證明シタルコトハ興味アル點ト考ヘ、報告シタ次第デアル。

5. 汎發性鞏皮症ノ1例

鳥 潟 高 城

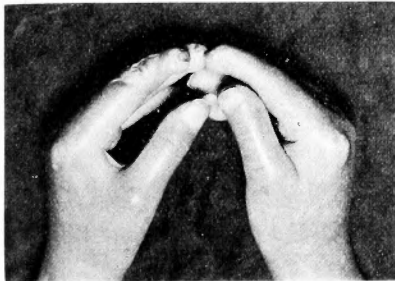
患者 32歳 未婚婦。

現病歴 18歳頃ヨリ心悸充進ヲ感ズ。20歳頃ヨリ指趾ノ冷感ニ氣付キ、此ノ冷感ハ冬期ニ於テ特ニ著明ニテ頑固ナル凍傷ニ惱マサレテキタ。22歳頃ヨリ兩手ノ皮膚皺壁ハ次第ニ消失シ皮膚緊張感ト光澤ヲ伴ヒ、同時ニ指ノ總テノ關節運動ハ障碍サル。25歳頃ヨリ上半身ニ暗赤色ノ斑點ヲ生ジ、且又頭部腋窩陰部ノ脱毛ヲ來シ、乳房モ亦非常ニ縮小セリ。29歳頃ニハ口唇、赤唇部共ニ短縮シ、爲ニ齒列ヲ充分ニハ閉鎖シ得ザルニ至ル。次イデ兩側ノ手腕關節及ビ肘關節ノ運動障碍ヲ來シ、且啞聲ヲ來セリ。

遺傳關係トシテ癌ヲ證明シ得ルノミ。

既往症 22歳ノ時左眼ノ緑内障アリ、29歳ニシテ左眼ハ全ク失明セリ。16歳ニシテ初經アリ、少量宛順調ナリシモ、30歳ヨリ無月經ナリ。

現症 體格小、栄養不良、皮下脂肪織及ビ筋肉ノ發達ハ特ニ上半身ニ於テ不良。皮膚ハ汚穢サレ、所々輕度ノ色素脱失部ト大小種々ナル指壓ニ依リ消失セシメ得ル暗赤色ノ斑點



トアリ。斑點及ビ脱色部ニ於テ知覺障碍ヲ證明シ得ズ。

著變部ハ顔面、兩前膊及ビ兩手掌ナルモ此處ニ於テ皮膚ハ固有ノ皺壁ヲ失ヒ所謂 glossy-skin ノ狀ヲ示シ特ニ顴骨、手腕關節等直接骨ニ接

シテ居ルガ如キ部ニ於テハ菲薄ニシテ光澤強シ。

更ニ詳述セバ顔貌ハ假面様ニシテ表情ニ乏シク、眼裂狹小ニシテ上眼瞼ハ翻轉不可能ナリ。上唇ハ菲薄ニシテ鼻ヨリ口唇ニカケ牽引サレ、



又舌モ短小ニテ全完ニハ突出シ得ズ。

手ハ Klauenhand ノ状態デ一見癰様ニ見ヘ、足ニ比シテ手掌モ指ノ長サモ小サク、手腕指掌關節ニテ自動的ニ僅カニ屈伸シ得ルノミニテ他ノ關節ニテハ全ク不可能ナリ。

肘關節ニテハ伸展・廻前・廻後運動ハ著明ニ障碍サレ、屈曲運動ハ僅カニ障碍サル。他動的ニモ疼痛ヲ訴ヘテ之レ以上ハ不可能ナリ。

前膊ニ於テハ未ダ皮膚ヲ舉上シ得ルモ、手腕關節ヨリ末梢部ニテハ不可能ニシテ恰モ骨ト癒着アルカノ如ク其ノ移動モ困難ナリ。

撓骨動脈ハ左側ニテハ全ク觸レズシテ右側ハ極ク弱小ナルモ規則正シク手ハ屍ノ如ク冷ヤカナリ。

尿及ビ血像ハ正常、血糖量ハ僅カニ増加、赤血球沈降速度ハ甚シク増進ス。腎臓ノ水試験ニ依リ其ノ機能ノ障碍セルヲ知り、電氣心動描寫圖ニテ左側ノ Schenkelbrock ノ結果ヲ得。藥物的検査ニテ輕度ノ迷走神經緊張ヲ證明セリ。運動障碍部ノ X線像ハ畸型性關節炎ニ見ルガ如キ萎縮ト硬化ヲ示シテキル。

診斷治療 鑑別ヲ要ス可キモノニ脊髓性進行性筋萎縮症、筋萎縮性側索硬化症アルモ、之等ハ纖維性痙攣アリ、且本例ノ如ク營養神經障碍ヲ缺如シテキル。又脊髓空洞症モ區別ヲ要スルガ、之ニテハ特有ノ知覺脫失ト營養神經障碍ヲ來スモ、本例ニテハ知覺ハ全ク犯サレテキナイ。斯ノ點デ癰ヲモ除外シ得。

本症ハ好ンデ上半身ヲ犯シ、次ノ3期ヲ示ス所ノ全身病ナリ。1) 硬性浮腫ト皮膚硬化、2) 色素斑ト色素脱色、3) 萎縮。

本症ノ原因ニ關シ種々ノ説アルモ、最近デハ副交感神經ノ變化ニ因ルトノ説有力ニテ、治療法モ「ピロカルピン」ノ應用ガ有效トイフ。

當京大整形外科教室ニテハ血管周圍交感神經切除術ヲ最初左側上膊動脈ニ行ヒシー、1週間後ニハ觸レ得ザリシ左側撓骨動脈ノ搏動ヲ觸レ術側ノ斑點ノ消失セントスル傾向ヲ示シ、溫度モ上昇スルニ至ル。次イデ他側ニモ同様ノ手術ヲ行ヒ、一方「ピロカルピン」注射及ビ其ノ軟膏ヲ應用セシガ、約9週間ノ入院中ニハ上記ノ變化以外ニ著變ヲ認メ得ザリキ。

6. 頸椎ノ急性化膿性骨髓炎ノ1例

吉 益 爲 則

脊椎ノ急性化膿性骨髓炎ハ豫後ノ非常ニ惡キ疾病ニシテソノ死亡率ハ報告者及ビ年代ニヨリ異ルモ 41.5乃至 71.4%ナリト云フ。サレド脊椎骨髓炎ハ早期ニ外科的手術ヲ行ヘバ其治療成績ハ比較的良好ナルコトモ常ニ多數ノ報告者ニヨリ高唱セラル、所ナリ。予ノ見タル頸椎骨髓炎ハ異常ノ經過ヲ辿リタルモノナルヲ以テ次ニ報告スベシ。

13歳ノ男子、昨年4月20日頃急ニ右側肩胛部ニ劇痛起リ、次デ翌日ヨリ發熱セリ。熱ハ最高39度餘ニ達シ約半月持續セリ。右側肩胛部ノ疼痛ハ約4日間ニシテ減退セルモ、疼痛ノ減

退セル頃ヨリ右側上肢ノ麻痺が發生セリ。麻痺ノ程度ハ強クシテ右腕ヲ全體トシテ殆ド動かスヲ得ズ。唯指先ヲ少シク動かスヲ得タルノミナリ。麻痺ハ漸次恢復ニ向ヒタルモ發病後約半月ヲ經タル頃即チ熱シ始メタル頃右側頸部ニ腫瘍が發生シタリ。發病以來急性「リョーマチ」トシテ治療ヲ受ケタリ。

此患者が余ノ診療所ニ現レタルハ同年7月ノ中頃ニシテ發病後約2ヶ月ヲ經タル後ナリ。體格中等榮養ノ少シク惡キ男兒ニシテ最モ著明ナル所見ハ右側頸部ニ鶏卵大ノ腫瘍アリ、彈力性ニシテ硬ク、波動ハ餘リ明瞭ナラズ、結核性頸椎炎ノ流注膿瘍ト相似タル狀ヲ呈セリ。頸椎ノ變形ハ著シカラザルモ輕度ノ後彎ヲ認メ患者ハ首ヲ少シク前方ニ突キ出セリ。次ニ右側上肢ノ麻痺ハ未ダカナリ強く、粗大力著シク減弱シ上膊ヲ肩ノ高サマデ舉スルヲ得ズ、又手指ヲ充分伸展スルコト又ハ充分ニ屈シテ拳ヲ作ルコトヲ得ズ。手ハ恰モ尺骨神經麻痺ニ見ルガ如キ狀態ヲ呈セリ。

頸椎レントゲン寫眞ヲ撮影スルニ第6頸椎ノ著明ニ變化セルヲ認ム、尙側面撮影ニ於テ椎弓並ビニ椎體共ニ病變ニ侵サレヲレルモ椎體ノ變化ハ比較的輕度ナリト認メラル。

ソレヨリ約10日ヲ經テ、患者再ビ余ノ許ニ來リ、當日ノ朝頸部腫瘍ガ外部ニ破レタルコトヲ報ズ。見ルニ腫瘍ハ赤味ヲ帶ビ中央部ニ2個ノ瘻管ヲ有シ、鮮血少シク滲出シ膿ノ流出少シ。

爾來頸部瘻管ノ處置ト右側上肢ノ授働及ビ感傳電氣治療ヲ施シヲレリ。右側上肢ノ麻痺ハ漸次恢復シ此頃ニ於テハ同肢ノ運動力ハ殆ド完全ニ恢復シ、字ヲ書キ鞠ヲ投グルコト等自由ニナスヲ得ルニ到レリ。又始メニ存在シタル輕度ノ頸椎後彎ハ幾クモ無クシテ消失セリ。頸部瘻管ヨリハ常ニ少量ノ膿汁排出アリ 2度微小ナル腐骨瘻管ヨリ出デ來レリ。未ダ瘻管ハ閉鎖スルニ到ラズ。

本例ハ頸椎ノ急性化膿性骨髓炎ニ於テ外科的手術療法ヲ受ケズシテ輕快セルモノニシテ誠ニ特殊ノ經過ヲ辿リシ1例ト云フヲ得ベシ。即チ本例ニ於テハ骨髓炎性膿瘍ハ始メ一方ハ脊椎腔内ニ破レ入りテ右側上肢ノ麻痺ヲ起シ、他方ニハ外方ニ流出シ、先ヅ脊椎腔内ニ破レ入りタル膿瘍ハ漸次無力トナリ、亦外方ニ流出セシ膿瘍モ其勢力ヲ減ジテ右側頸部筋肉内ニ潑溜シテ腫瘍狀ヲ呈シ、其儘約2ヶ月ヲ經過シタル後皮膚外ニ破レタルモノト推定スルヲ得ベシ。

7. 急性脾臓炎ノ一運命

都 谷 枝萬次郎

(原稿未着)

8. 血管撮影ニ現レタル深部靜脈瘤

弘 重 充

患者36歳商人、昭和7年1月頃何等誘因ナク左下肢、殊ニ大腿部ガ腫脹シテ居ルノニ氣付イタ。ソノ頃長ク立ツテ居タ様ナ際ニ左大腿部ニ倦怠感アリ、且腫脹モ増大シ、暫ク安靜

ニネテ居ルト倦怠感ハ去リ、腫脹モ減退ス。ソノ後腫脹ハ次第ニ増大シ、本年ニ入ツテカラハ大腿部ニ於ケル絶エザル倦怠感及ビ輕イ放散性疼痛ニ苦シンデ居ル。

視ルニ左下肢全體一樣ニ腫脹シ居ルモ、ヨク見ルト大腿上半、殊ニ後内側ガ著シク腫脹ス。皮膚ハ緊張性デ皮下靜脈ガ多少擴張蛇行シテル以外變化ナシ。搏動性運動モ認メラレナイ。大腿上半ハ一樣ニ厚ク硬ク觸レル。腫瘍小結節ニハ觸レナイ。左下肢全體何處デモ少シク壓窩ヲ殘ス。動脈ノ搏動ハ左右同ジニ明ラカニ觸知ス。其他全身ニ變化ヲ認メズ。

以上ノ事ヨリシテ殊ニ皮下靜脈ノ擴張、蛇行セル點ヨリシテ靜脈瘤ヲ考ヘタガ、殊ニ大腿上半、後内側ノ腫脹セルコト及ビソノ部ニ倦怠感ノ強イコトヨリシテ内轉筋群ニ靜脈瘤性ノ變化アリト診斷シタ。我々ハ更ニコレヲ X 線ニヨル血管撮影ヲ行ヒ確メ得タ。

即チ排腸筋部ニ於テ深部靜脈ニ到ル小薔薇靜脈ヲ小切開ノ許ニ露出シ、ハイデン社製トロトラス^ト22立方糎ヲ約25秒間ニ注入シ、注入終ルト同時ニ撮影シタ。此ノ際患者ハ腹位ニテ患肢ハ少シク外旋外轉セシム。

此ノ結果、明ラカニ内轉筋群ノ靜脈蛇行シ、瀰漫性蔓狀ナルヲ認メ、ココニ筋肉靜脈瘤ヲ證明シ得タノデアル。

而シテ更ニ同方法ヲ以テ健全ナル他側及ビソノ他ノ撮影ヲ行ヒ、普通正常ナル時ニハ造影劑ハ小薔薇靜脈、膝關靜脈及ビ肢靜脈ト解剖學上ノ本幹ヲ1本ノ太キ線トナリテ流レ去ルモノナルコト、尙鼠蹊帶直下デ肢靜脈血流遮斷サレタ場合ハ1本臀部ノ比較的表在性ノ靜脈ニ到リ、ソノ他小薔薇靜脈ガ膝關靜脈ニ到ラザル前ニ副行枝ヲ求メ還流セントスルモノナルコト等ヲ知り得タ。

9. 蜂窩織炎ト急性化膿性骨髓炎トノ鑑別診斷法ニ就テ

矢 島 忠 久

患者 29歳 ♀

現病歴 本年4月22日分娩シテ4日目突然右肩胛關節部ニ鶏卵大ノ腫脹ヲ生ズ。腫脹ニハ發赤、壓痛ナク深部ニ持續性激痛アリ、爲ニ右肩胛關節ノ運動障礙ヲ來セリ。2—3日後、腫脹ハ肩胛關節ヨリ肘關節ヘト次第ニ末梢ヘ擴リ、肘關節ノ運動障礙ヲモ伴フニ至ル。局處ニ溫濕布ヲ行ヒシガ腫脹ハ其度ヲ増シ右腕ヲ下ゲルト肩ヨリ上膊ニ及ブ脈搏痛アリ。發病以來熱感惡感ナク食慾不振、睡眠障礙アリ。

現症 右肩ヨリ手背ニカケ浮腫性腫脹アリ、皮膚緊張著シク光澤アリ。發赤ハ右肩胛關節部ニ僅ニ認メラルルノミ。觸診スルニ腫脹部ハ一帯ニ溫度高ク、特ニ三角筋部ヨリ腋窩部ニカケ著シク、コノ部ハ又特ニ壓痛激甚ニシテ波動ヲ證明ス。硬度ハ何レノ部モ同一デ硬結ヲ觸レズ。何レノ部分モ壓痕ヲ殘ス。

診斷 問題ハ 1) 軟部ノミノ蜂窩織炎デソノ1部化膿セルモノナリヤ。2) 軟部ノミナラズ骨ニモ化膿アリヤ。3) 更ニモウ一步進ンデ急性化膿性骨髓炎ガ原發デ、2次的ニ軟部

蜂窩織炎ノ續發セルモノナリヤ否ヤトイフコトデアル。此ノ診斷ノ目的ニ向ヒ烏嘴突起ヨリ一直線ニ肩胛關節ノ方ヘ壓迫シ上膊骨ニ對シソノ長軸ニ一致シテ壓迫ヲ加ヘシ結果、患者ハ肩胛關節ヨリ上膊骨ノ中央部ニカケ激痛ヲ訴ヘ、反對ニ牽引スルニ何等ノ痛ミヲ訴ヘズ。以上ノ所見ハ確ニ骨、特ニ骨膜ニ急性炎症ノアル徵候ナリ。骨髓ソレ自身ニ急性化膿性炎症ガ發生セル時ハ自發痛ソノ他ノ諸症多クハ劇甚ナリ。本患者ニ於テハ夫程デナキコトヨリ推定シ、骨膜髓ニ初發ノ化膿性炎症ガ起リ、夫ガ一方ニハ Havers 氏孔ヲ通り骨髓ニ進メルナランモ、大部分ハ骨膜ヲ穿破シ、上膊ノ軟部蜂窩織炎ノ狀態顯著トナリ來ツタモノナラントノ診斷ニ到達セリ。治療及ビ經過、急性化膿性骨膜炎ヨリ續發セル深部蜂窩織炎ナル診斷ノ下ニ、膿瘍ニ達シ、更ニ骨膜ヲ觸ルル目算デ、即日先ヅ Regio brochii anterior ニ於テ Bovie ヲ以テ縱ニ11糎切開シ、2頭膊筋ニ達シ、試験穿刺ヲ行ヒ、創上端ニ於テ深部ニ膿ヲ證明ス。manuell ニ檢スルニ膿腔ガ筋層ト骨膜トノ間ニテ右肩ニ向ツテ擴リ僅ニ鎖骨下窩ニモ及ブ。骨膜ハ檢シ得タル範圍ニ於テハ變化ナシ。排膿管ヲ挿入ス。

ソノ後浮腫ハ一般ニ減退セルモ上膊ノ内側ニテ肘關節ニ近キ部分ノミ浮腫ヲ増シ、翌々日第2回ノ切開手術ヲ同處ニ行ヒシニ膿瘍並ニ骨部ノ異常ハ認メ得ズ。ソノ後排膿管ヨリ膿ハ多量ニ排出シ、段々浮腫モ去リ、入院後8日間ノ39度前後ノ弛張熱モ9日目ヨリ37—8度ノ間ヲ弛張スルニ至ル。痛ミモ手術後1週間ニシテ徐々ニ去リ最近ハ肘關節ニ於テ上膊骨ニ壓迫ヲ加ヘ僅ニ痛ミヲ訴フル程度ナリ。

第1回ノ手術後9日目ト11日目ト2回 X 線寫眞ヲトルニソノ所見ハ何レモ同一ナルモ、上膊骨ノ上 1/3 ニテソノ外側ニテ骨膜ニ僅ノ膨隆ヲ認メ、其部ニ長サ2糎ノ線狀ノ影アリ。又膨隆部ニ相當スル部分並ニソレヨリ肘關節ニ及ブ皮質ノ内界ガ他ノ部分ニ比シ、不鮮明ナリ。

要之、軟部ノ急性化膿性炎症ノミナリヤ或ハ骨モ亦犯サルルヤ否ヤノ診斷ニ向ツテハ、骨ノ長軸ニ沿ヒ壓迫ヲ加ヘ壓痛ヲ立證スベキナリ。此際病歴ヲ參照シ且蜂窩織炎性變化ノ比較的廣範圍ニ互レル時ハ骨乃至骨膜急性化膿性炎症ガ原發ニシテ軟部ニ於ケル蜂窩織炎ハソレニ續發セルモノナリトノ診斷ニ到達シ得。

追 加

村 上 治 朗

本検査法ヲ明カニ病竈ヲ有セル慢性化膿性骨髓炎3例ニ就キテ試ミタルニ、兩骨端壓迫時ニ疼痛ヲ認メズ。曾ツテ、急性化膿性骨髓炎ニ意識ヲ持ツテ本法ヲ實施シテ、陰性ノ結果ヲ得テ誤診セル1例ヲ經驗セリ。本法ヲ實施スルニ當リ周到ナル注意ヲ要スルモノト思考ス。